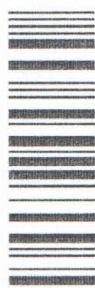


life

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



OK

496738
INTERCAMBIO

1-Rajão ANS 406414 3-Data de Emissão da Guia 11/10/21 4-Data de Autorização 11/10/21 5-Semá AUTORIZADO 6-Número da Guia Principal 8377935 7-Data Validade da Semá 09/10/21 12-Número do Cartão Nacional de Saúde

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 0020125347489000001011 9-Plano POS REDE PRESTADORA 10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA 11-Data Validade da Carteira 11/11/11 12-Número do Cartão Nacional de Saúde

13-Nome THAYNARA CRISTINA DE OLIVEIRA SANTOS 07/05/2002 14-Telefone () 15-Nome do titular do plano THAYNARA CRISTINA DE OLIVEIRA SANTOS

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN 17-Nome do Profissional Solicitante ELISABETE MONTEIRO SCHAFER 18-Número no CRO 55391 19-UF SP 20-Código CBO S 025- Faturar Empresa Enviar - RX (1) 85100200 (1) 85100200

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 1251071042168001 22-Nome do Contratado Executante ELISABETE MONTEIRO SCHAFER 23-Número no CRO 55391 24-UF SP 25-Código CNES (1) 85100200 (1) 85100200

26-Nome do Profissional Executante

ELISABETE MONTEIRO SCHAFER

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Fase	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Válido	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Recusa	42-Assinatura
1	010	85100196	RESTAURAÇÃO RESINA	16	O	1	161,00	0,00	S	12 MAR 2021	Thaynara	
2	010	85100196	RESTAURAÇÃO RESINA	17	O	1	161,00	0,00	S	12 MAR 2021	Thaynara	
3	010	85100200	RESTAURAÇÃO RESINA	46	VO	1	188,00	0,00	S	12 MAR 2021	Thaynara	
4	010	85100200	RESTAURAÇÃO RESINA	47	VO	1	188,00	0,00	S	12 MAR 2021	Thaynara	
5												
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data Previsto Término do Tratamento 12 MAR 2021 44-Tipo de Atendimento 1-1 Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência 45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial 46-Total Quantidade US 12198,00 47-Valor Total R\$ 10,00 48-Total Franquia / Co-participação R\$

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os procedimentos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentados, aceito e autorizo a execução do tratamento, comprometendo-me a cumprir as orientações do profissional assistente e arcar com os custos previstos em contrato. Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), foi(ram) realizado(s) com meu consentimento e de forma satisfatória. Autorizo a Operadora a pagar em meu nome e por minha conta, ao profissional contratado que assina esse documento, os valores referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

49-Observação

Saken - 646356.

Emetido por Odontologia Lta - ME
CNPJ: 16.036.776/0001-71

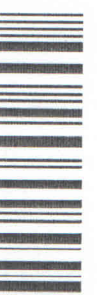
50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 12 MAR 2021 51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 12 MAR 2021 52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 12 MAR 2021 53-Data, local e Assinatura da Empresa 12 MAR 2021

[Assinatura]

[Assinatura]

Thaynara

Step de Silva



1-Registro ANS 406414		3-Dado de Emissão da Guia 10 5 1 0 2 1 2 1		4-Data de Autorização 10 5 1 0 2 1 2 1		5-Semana AUTORIZADO		6-Número da Guia Principal 8271571		7-Data Validade da Semana 10 5 1 0 5 1 2 1	
Dados do Beneficiário											
8-Número da Carteira 10 0 2 0 2 5 3 5 4 1 8 8 0 0 0 0 0 1 0 1				9-Plano POS REDE PRESTADORA		10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA					
13-Nome CAMILA MEIRELES DOS SANTOS				14-1º telefone ()		11-Data Validade da Carteira 					
15-Nome do titular do plano CAMILA MEIRELES DOS SANTOS											
Dados do Contratado Rescrito/sem pelo Tratamento											
16-Mantimento a RV N		17-Nome do Profissional Solicitante ELISABETE MONTEIRO SCHAFER									
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 12 5 0 7 0 4 2 6 8 0 0				22-Nome do Contratado Executante ELISABETE MONTEIRO SCHAFER							
26-Nome do Profissional Executante ELISABETE MONTEIRO SCHAFER		27-Número no CRO 55391		28-U.F. SP		29-Código CBO S 025-		Faturar Empresa			
23-Número no CRO 55391		24-U.F. SP		25-Código CNES							

30- Tabela	31- Código do Procedimento	32- Descrição	33- Dentista Regido	34- Face	35- Qtd	36- Quantidade US	37- Valor	38- Franquia/Co-participação R\$	39- Aut	40- Data de Realização	41- Mvto da Gêsis	42- Assinatura
1- 0	0	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	3,4	10,0		S	04 MAR 2021		
2- 0	0	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1	3,6	10,0		S	04 MAR 2021		
3- 0	0	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		1	3,6	10,0		S	04 MAR 2021		
4- 0	0	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID		1	3,6	10,0		S	04 MAR 2021		
5- 0	0	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE		1	3,6	10,0		S	04 MAR 2021		
6- 1	1											
7- 1	1											
8- 1	1											
9- 1	1											
10- 1	1											
11- 1	1											
12- 1	1											
13- 1	1											
14- 1	1											
15- 1	1											

43- Data Recusado: 04 MAR 2021

44- Tipo de Atendimento: 1- Tratamento Odontológico 2- Exame Radiológico 3- Ortodontia 4- Urgência/Emergência

45- Tipo de Faturamento: 1- Total 2- Parcelar

46- Total Quantidade US: 178,00

47- Valor Total R\$: 0,00

48- Total Franquia / Co-participação R\$: 11.490,00

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentados, aceito e autorizo a execução do tratamento, comprometendo-me a cumprir as orientações do profissional assistente e atencioso com os cuidados necessários, bem como a pagar em meu nome e por minha conta, ao profissional contratado que assina este termo, o valor de R\$ 1.000,00 (um mil e zero reais) por sessão, a ser pago em 10 (dez) parcelas mensais de R\$ 100,00 (cem reais), a partir da data da assinatura deste termo, até o mês de dezembro de 2024, com juros de 10% ao mês, e por fim, comprometo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

49-Observação

2020-02-03

[illegible]

50-Data, local e Assinatura do Dirigente Comercial	04 MAR 2021	
51-Data, local e Assinatura do Dirigente Dentista	04 MAR 2021	
52-Data, local e Assinatura do Responsável Técnico	04 MAR 2021	
53-Data, local e Assinatura do Responsável pela Empresa	04 MAR 2021	

Stop de Sma

and

470727470727470727470727470727

470727

470727

470727

470727

470727



1-Registro ANS 406414 3-Data de Emissão da Guia 10/04/2021 4-Data de Autorização 10/05/2021 5-Semana AUTORIZADO 6-Número da Guia Principal 8267930 7-Data Vencimento da Guia 10/05/2021

8-Número da Carteira 10/02/2021 9-Sigla POS REDE PRESTADORA INSTITUTO DE ASSISTENCIA 11-Data Validade da Carteira 11/11/11 12-Número do Cartão Nacional de Saúde

13-Nome ELISETE DIAS PEREIRA 14-Telefone 15-Nome do titular do plano ELISETE DIAS PEREIRA

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento 16-Atendimento a RN ELISABETE MONTEIRO SCHAFER 17-Nome do Profissional Solicitante ELISABETE MONTEIRO SCHAFER 18-Número no CRO 55391 19-UF SP 20-Código CBO S 025 Faturar Empresa

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 125070426800 22-Nome do Contratado Executante ELISABETE MONTEIRO SCHAFER 23-Número no CRO 55391 24-UF SP 25-Código CNES 26-Nome do Profissional Executante ELISABETE MONTEIRO SCHAFER 27-Número no CRO 55391 28-UF SP 29-Código CBO S

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Fase	35-Qte	36-Quantidade US	37-Válido	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1-10	0181000065	CONSULTA ODONTOLÓGICA		1	1	34,00				19 MAR 2021		Elisete Dias Pereira
2-10	0185300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD	1	1	36,00				19 MAR 2021		Elisete Dias Pereira
3-10	0185300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE	1	1	36,00				19 MAR 2021		Elisete Dias Pereira
4-10	0185300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID	1	1	36,00				19 MAR 2021		Elisete Dias Pereira
5-10	0185300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE	1	1	36,00				19 MAR 2021		Elisete Dias Pereira
6-1												
7-1												
8-1												
9-1												
10-1												
11-1												
12-1												
13-1												
14-1												
15-1												
43-Diagnóstico	19 MAR 2021	44-Tipo de Atendimento	1-1 Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento	1-1 Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US	1178,00	47-Valor Total R\$	0,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$		

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentados, aceito e autorizo a execução do tratamento, comprometendo-me a cumprir as orientações do profissional assistente e arcar com os custos previstos em contrato. Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), foi(foram) realizado(s) com meu consentimento e de forma satisfatória. Autorizo a Operadora a pagar em meu nome e por minha conta, ao profissional contratado que assina esse documento, referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

49-Observação

Saken - 325585

Embratel Odontologia
CNPJ: 16606271/61001714

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 19 MAR 2021 51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 19 MAR 2021 52-Data, local e Assinatura do Responsável 19 MAR 2021 53-Data, local e Assinatura do Responsável 19 MAR 2021

Step de Sade

